

SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE QUIRURGICO



POR: DIEGO FABRICIO GONZÁLEZ MELLANES

CLÍNICA QUIRÚRGICA

DR. ALFREDO LÓPEZ

SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE QUIRURGICO

El sentido común indica que un paciente desnutrido tiene mayores riesgos en cirugía que aquellos que enfrenta un sujeto bien alimentado. Los cirujanos con experiencia saben que la morbilidad y la mortalidad operatoria son mayores en las personas desnutridas, y que lo mismo se observa en quienes caen en déficit alimentario a causa de un periodo posoperatorio complicado.

VALORACIÓN

La valoración del estado nutricional inicia con el estudio de la historia clínica, en la que se busca identificar algún déficit previo a la intervención quirúrgica originado por los hábitos de alimentación o por la naturaleza y evolución del padecimiento. Es importante el conjunto de antecedentes acerca de falta de apetito (anorexia), dificultad para deglutir los alimentos (disfagia) y la incapacidad para la masticación. De manera similar, son importantes los padecimientos metabólicos, como la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y los síndromes de malabsorción, las intervenciones quirúrgicas que incluyen resección intestinal y la presencia o ausencia de válvula ileocecal.

TRATAMIENTO

PRIORIDADES:

- Restablecer el balance de líquidos y electrolitos.
- Corregir la anemia y la hipoproteïnemia.
- Administrar la cantidad adecuada de calorías.
- Resolver el balance nitrogenado negativo.
- Dar la cantidad necesaria de vitaminas.

Se estima que un adulto con desnutrición y expuesto al traumatismo quirúrgico requiere una ingesta de 3 000 kcal (25 a 35 kcal/kg/día) con 150 a 200 g de proteínas al día, pero es difícil cubrir estos requerimientos; a menudo el paciente gravemente enfermo no tiene apetito y sufre defectos en la asimilación de la dieta que se le ofrece.

Las **indicaciones** precisas para dar apoyo nutricional todavía son objeto de controversia; sin embargo, muchas autoridades concuerdan en que está indicado para al menos cuatro grupos de pacientes adultos:

- Quienes sufren de **síndromes intestinales inadecuados**.
- Aquellos pacientes con **estados hipercatabólicos graves y prolongados** (p. ej., las quemaduras extensas, el trauma múltiple y la ventilación mecánica).
- Quienes requieren **terapia de descanso intestinal prolongado**.
- Los enfermos que padecen de **desnutrición proteicoenergética grave** con un padecimiento tratable y que han perdido gradualmente más de 25% del peso corporal.

El paciente grave en estado de inanición representa un problema mucho más complejo. Sus necesidades calóricas están en el intervalo de 4 000 a 5 000 kcal/día, y es evidente que entre mayor es el traumatismo quirúrgico sus necesidades se incrementan, lo cual no sólo significa aumentar el suministro de carbohidratos, sino que se requiere una alimentación superior a la normal. Con este objeto, los investigadores han perfeccionado métodos surgidos en sus laboratorios a los que se conoce con el nombre genérico de hiperalimentación.

Prescripción:

- Ingestión inadecuada de nutrientes en los cinco días anteriores a la operación.
- Estado nutricional adecuado, pero con aumento de las necesidades debido a la naturaleza del padecimiento en los últimos 10 días.
- Disfagia seria.
- Quemaduras extensas.
- Fístulas enterocutáneas de bajo gasto.
- Tratamiento auxiliar en:
 - – traumatismo mayor.
 - – radioterapia.
 - – quimioterapia.
 - – insuficiencia hepática y renal.

BIBLIOGRAFÍA

Principios de Cirugía S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2.010